

Аллергодерматозы не создают угрозы для жизни, но сильный зуд и неприглядный вид высыпаний могут вызвать физический и психологический дискомфорт, причинить страдания пациентам, нарушая их привычный образ жизни. При назначении препаратов топического действия необходимо принимать во внимание стадию воспалительного процесса, клиническую картину, локализацию очагов поражения на определенных участках кожи, лекарственную форму препарата (крем, лосьон, мазь), что позволит получить стойкие эффективные терапевтические результаты лечения.

УДК 616.596-002.828

## Онихомикозы и их лечение

**Р.Ф. Айзязулов, Я.А. Полях, А.А. Еременко**

Донецкий национальный медицинский университет (г. Лиман, Украина)

Грибковые поражения ногтей (онихомикоз) являются распространенным заболеванием во всех странах мира и встречаются у 10–20 % населения. Пораженные ногти являются резервуаром инфекции, которая может распространиться на гладкую кожу больного, на членов его семьи, способствовать инфицированию здоровых людей в общественных местах (бани, бассейны, душевые). Длительное хроническое течение, резистентность в отношении проводимых лечебных мероприятий делают носителя болезни на долгие годы источником дальнейшего распространения инфекции.

В клинике кожных и венерических болезней в комплексной терапии онихомикоза применялся синтетический триазоловый системный антимикотик Эсзол (итраконазол), который назначался внутрь по 200 мг 2 раза в сутки (1 нед), затем перерыв 3 нед (всего 3–4 курса). Фунгицидная активность препарата доказана против дерматофитов (*Trichophyton*, *Microsporium*, *Epidermophyton*), дрожжевых грибов (*Candida* spp., *Cryptococcus neoformans* и др.), смешанной инфекции.

Эсзол обладает самым широким спектром действия среди системных антимикотиков третьего поколения. После приема внутрь отмечается избирательное накопление препарата в кератинизированных тканях (концентрации в коже и ногтях в 3 раза больше плазматических). После окончания лечения терапевтические концентрации в коже сохраняются 2–4 нед, а в ногтях – 9–12 мес. Местно применялся 2 % крем Дермазол™, который наносился на очаги поражения 2 раза в сутки (2–3 нед и более).

Дермазол™ оказывает фунгицидное действие на дерматофиты, дрожжевые и дрожжеподобные грибы и другие патогенные грибы. Обладает сродством к кератинизированным тканям, а при нанесении на кожные покровы эффективные концентрации сохраняются внутри и на поверхности эпидермиса в течение 72 ч после отмены препарата. Согласно нашим наблюдениям, в результате проведенной терапии у большинства пациентов получены хорошие клинические результаты.

Учитывая высокую эффективность, отсутствие побочных действий, простоту и удобство применения, препарат Эсзол и местно – 2 % крем Дермазол™ можно рекомендовать к широкому применению при лечении грибковых поражений ногтей пластинок в амбулаторных условиях, что приведет к клиническому излечению и улучшению качества жизни пациентов.

УДК 578.245-078+579.61:616.5

## Сравнительный анализ результатов использования культурального метода и полимеразной цепной реакции для диагностики урогенитальной трихомонадной инфекции

**А.П. Белозоров, С.К. Джораева, Т.В. Частих, Е.И. Милютина, В.В. Гончаренко, Н.В. Соболев**

ГУ «Институт дерматологии и венерологии НАМН Украины», г. Харьков

Урогенитальная инфекция, вызванная *Trichomonas vaginalis*, относится к числу наиболее распространенных заболеваний, передающихся половым путем. Для ее диагностики чаще всего используется микроскопия нативных препаратов, культуральные исследования и полимеразная цепная реакция (ПЦР). По данным ряда исследователей, сравнительно часто наблюдается расхождение результатов различных методов диагностики трихомонады; часто образцы, положительные по микроскопии или культивированию, дают отрицательный результат в ПЦР. Для изучения указанной проблемы было проведено исследование методом ПЦР образцов, полученных при культуральном исследовании на *T. vaginalis*.

### Материалы и методы

В исследование были включены 36 пациентов, находившихся на лечении в ГУ «ИДВ НАМНУ», клинические образцы которых исследовали на трихомонадную инфекцию с помощью методов классической бактериологии: бактериоскопии образцов, окрашенных 1 % раствором метиленового синего и по Грамму, и бактериологическим методом с применением селективных сред для изоляции и культивирования трихомонад согласно нормативным документам МЗ Украины.

ПЦР проводили с образцами культуры, полученными на 3–10-й день исследования. ДНК выделяли экспресс-методом или с протеиназой К из осадка, полученного центрифугированием. Использовали стандартные праймеры, специфичные для *T. vaginalis*.

### Результаты

При исследовании 36 клинических образцов трихомонады были обнаружены с помощью световой микроскопии в 14 образцах (38,9 %), на селективных питательных средах – в 33 образцах (91,7 %) и с помощью ПЦР – в 19 образцах (52,8 %). Из 34 положительных культуральных образцов наличие ДНК *T. vaginalis* с помощью ПЦР было установлено только в 20 образцах (58,8 %).

Образцы содержали значительное количество осадка, состоящего из слизи, детрита эпителиальных клеток урогенитального тракта, лейкоцитов и микроорганизмов, что может свидетельствовать о наличии в них не только трихомонад, но и других возбудителей.

Значительное расхождение результатов двух методов диагностики урогенитального трихомоноза, которые считаются наиболее точными, свидетельствует о существовании в данном вопросе серьезной проблемы, требующей неотложного решения. Одним из возможных объяснений полученных результатов может быть выявление культуральным методом не только *T. vaginalis*, но и трихомонад других видов – *T. hominis* или *T. tenax*, что может быть проверено при использовании ПЦР, специфичной для этих возбудителей.